

LA PSICOTERAPIA VISTA POR UN DIGESTOLOGO PRACTICO *

Dr. ANTONIO GALLART-ESQUERDO
(Académico Numerario)

"Como persona, el médico entra en contacto con individuos enfermos, y no con procesos morbosos." KRAUS.

Excmo. Sr. Presidente,
Excmas. Autoridades,
Señoras,
Señores:

Era previsible que llegase el día, aunque debo confesar que cuando leí mi discurso de ingreso en esta Real Academia de Medicina, el 30 de octubre de 1955, la fecha de hoy se me antojaba tan remota, que incluso pude pensar que no la alcanzaría jamás.

La llamada de nuestro secretario general perpetuo, al recordarme que un deber impuesto por el inexorable Reglamento me obligaba a presentarme ante vosotros, me cogió completamente desprevenido. Al momento y mientras aún conversábamos por teléfono me imaginé la solemne ceremonia de la inauguración del curso 1975, me imaginé, o mejor, vi la selecta concurrencia sentada frente a mí y, a mi izquierda, la mesa presidencial y, en fin, me contemplé a mí mismo angustiado, emocionado y con la boca y los labios resecos.

Los sentimientos que siento al ha-

blar ante un público tan numeroso como selecto son complejos y dispares, pero entre ellos predomina el miedo a que mi discurso no esté a la altura de las circunstancias. Una mezcla de miedo, emoción y ansiedad me provoca taquicardia. A su vez ésta me aumenta aquellos sentimientos, estableciéndose un círculo vicioso que trato de dominar aparentando una calma que en realidad no tengo.

Personalmente desearía deleitaros con algún tema que fuera digno del rango científico y del abolengo de esta Real Academia, pero yo, simple digestólogo práctico, no tengo la agilidad de pluma y de palabra apropiada a las solemnidades cual la que hoy nos reúne, y que poseen en alto grado la mayoría de mis ilustres compañeros de Academia.

Desgraciadamente los temas de la especialidad que cultivo en mi práctica privada —y hasta hace un año también hospitalaria— no suelen pecar de amenos. Por otra parte mis dotes literarias son bien limitadas.

¿Qué tema escoger y cómo desarro-

* Sesión inaugural del Curso 1975: 26-I-75. Discurso de turno.

llarlo para mantener un mínimo de interés en el auditorio que ha tenido la benevolencia de venir a escuchar mis palabras y que me permita saldar, sin gran aburrimiento para vosotros el tiempo que la cortesía concede al disertante?

En el presente año se cumplen 20 de mi ingreso en esta Real Academia, como ya he dicho, y 40 de mi práctica profesional. Con ello sólo pretendo señalar que he tenido la fortuna de vivir una de las épocas más interesantes de la Medicina: la que contempla el paso de la Medicina casi puramente clínica a la Medicina actual, que pretende que aquélla ya no es un arte, sino sólo una ciencia y por desgracia con harta frecuencia se basa para sentar el diagnóstico, en exámenes técnicos cada día más complejos y dispares (punciones hepáticas, arteriografías, etc.).

El médico psicosomático —y lo son todos los médicos, quieranlo o no— debe saber interrogar y explorar adecuadamente al paciente. Si con tales datos clínicos el médico puede orientar el diagnóstico —que es lo corriente en Digestología— ha llegado el momento de recurrir a los métodos exploratorios auxiliares para corroborar aquel, pero no antes, como por desgracia sucede con demasiada frecuencia.

¡Desdichado del médico actual que fiándose sólo en los modernos, y con frecuencia agresivos, métodos complementarios de exploración pretende averiguar la afección que padece el paciente, sin someterlo a la anamnesis y a la exploración clínica detenida. Podría referir muchos casos de diagnós-

tico erróneo, basado en un simple hemograma, en una punción biópsica hepática, en una gammagrafía, etc., y enunciado con aquel tono de infalibilidad que algunos pretenden dar al resultado de los exámenes complementarios, como si los técnicos que los efectúan no pudiesen equivocarse como se equivoca también el médico práctico.

Desde los más remotos tiempos, el contacto entre el médico y el enfermo ha comenzado con la anamnesis, y durante siglos, el acto médico se reducía prácticamente a aquélla y al examen físico del paciente. Ni el tiempo transcurrido ni los más modernos métodos complementarios de exploración han disminuido, *ni podrán disminuir jamás la importancia de la anamnesis*. Esta no sólo sirve para orientar el diagnóstico, sino que al referir sus males, con frecuencia el enfermo ya se libera de ellos: «Quien se ha descargado con el médico de sus preocupaciones, ya está reconfortado» (LERICHE).

Creemos que los mayores de 60 años estamos en mejores condiciones para señalar los peligros que implica prescindir de los frutos de la experiencia secular en la anamnesis y la exploración clínica del enfermo, y que no podemos fiarlo todo a los nuevos métodos exploratorios, que, cada día más complejos y dispares, aumentan sin cesar.

Se ha afirmado que la bomba atómica no desterrará jamás el fusil y que una buena infantería, como se demostró en la II Guerra Mundial, sigue y seguirá siendo la base de un buen ejército. Asimismo en Medicina lo funda-

mental es, y seguirá siendo, la anamnesis y la exploración clínica del paciente, basadas en el total conocimiento de éste, que no podrán ser jamás superadas por los más modernos métodos exploratorios auxiliares ni por las computadoras, lo cual no quiera significar que unos y otras no sean con frecuencia de utilidad.

La agudización de los sentidos, el orden metódico en la anamnesis y el examen físico del paciente, son y seguirán siendo las bases para establecer el diagnóstico certero, verdadero arte que sólo se alcanza con larga experiencia, con el aprovechamiento de las enseñanzas de nuestros maestros y con la despierta atención a los descubrimientos de cada día.

La experiencia adquirida con los años ayudará a desbrozar el camino, otorgando a cada nuevo avance técnico el valor que realmente tenga y evitará caer en entusiasmos prematuros, como tan a menudo ocurre.

Aunque no es ley de costumbre, en este momento de intensa emoción de mi vida profesional deseo dedicar un recuerdo a los que fueron mis maestros en la Facultad de Medicina de Barcelona y fuera de ella, especialmente a los doctores José M.^a BARTRINA, Fernando CASADESÚS, Luis CELÍS, Florencio COMA ROCA, Francisco ESQUERDO RODOREDA, Juan FONTCUBERTA, Salvador GIL-VERNET, Carlos JIMÉNEZ DÍAZ, Gregorio MARAÑÓN, Pedro NUBIOLA, Augusto PI-SUÑER, Juan PUIG-SUREDA, Enrique RIBAS RIBAS, Manuel TAURE, Francisco TERRADES, Joaquín TRÍAS PUJOL y mi padre Francisco

GALLART-MONÉS. Todos fueron grandes clínicos, por desgracia casi todos desaparecidos, pero algunos como Salvador GIL-VERNET, nos demuestran que para quienes militan en las filas de la ciencia no existe la jubilación.

Quiero recordar que a mi padre, fundador y director de la Escuela de Patología Digestiva Gallart-Monés, que ha gozado y goza del mayor prestigio en nuestro país y fuera de él, debo todo lo que yo pueda valer como hombre y como digestólogo. Con esto no quiero significar que me parezca a él, sino sencillamente que nunca podré agradecerle bastante que fuese el guía de mis pasos en la vida y en la clínica.

Dichas estas mal hilvanadas palabras, con el corazón en alto y recta la intención, voy a comenzar la exposición del tema que he escogido: «*La Psicoterapia vista por un digestólogo práctico*», confiando de antemano en vuestra indulgencia para intentar salir lo más airoso posible de mi cometido.

Empecemos por plantearnos una cuestión: ¿es posible deslindar entre sí la Psiquiatría, la Psicología y la Psicoterapia? Sin duda es factible, pero es aún más fácil a lo largo de la historia de la Medicina que en la actualidad.

Hoy la Psicoterapia está enmarcada con bastante precisión entre la Psicología y la Medicina Interna, pero durante muchos lustros ni aquella ni ésta quisieron tener contacto alguno con la Psicoterapia. En sus albores la Psicología y la Medicina interna proceden de una doctrina curativa que, con bas-

tante acierto, se puede denominar Psicoterapia. Esta palabra según su etimología griega, significa «tratamiento del alma».

Es posible que muchos psiquiatras —¡suerte tendré si aquí hay pocos!— se horroricen de que un digestólogo que el único título que puede alegar es el de ser médico práctico, en la sesión pública inaugural del curso 1975 de la Real Academia de Medicina de Barcelona se atreva a hablar de Psicoterapia en un lenguaje sencillo, comprensible tanto para el médico general como para los profanos que sientan cierto interés por aquélla.

Personalmente estamos convencidos, como sustentaba MARAÑÓN, que exponer las propias ideas de forma asequible para todos puede ser muy provechoso, ya que incita a estudiar a fondo los problemas más de lo que a primera vista podría parecer. Entendemos que simplificar no es fácil ni poco científico sino que debe ser el objetivo primordial del arte de curar.

Antes de seguir adelante quiero citar tres frases de ROF CARBALLO que resumen lo que debe ser la Psicoterapia: «*Quien más perturba el alma del enfermo es aquel que no la tiene en cuenta en su terapéutica.*» «*Así como un médico puede ser muy bueno sin necesidad de manejar el bisturí no puede, en cambio, serlo sin un mínimo de tacto y de conocimientos de las reacciones afectivas de sus pacientes.*» «*La Psicoterapia, como toda terapéutica, sólo es buena si se administra bien.*»

El paciente acude al médico por su

afección y por la repercusión moral y anímica que aquella determina. Confidencialmente le expone los problemas de su psiquismo y le abre todas sus intimidades. Pero para conseguir tal objetivo el médico debe haber inspirado confianza y demostrar interés, y sobre todo respeto, por los problemas del enfermo. El médico que escucha y atiende al paciente ha de saber identificarse con los sentimientos y los pensamientos más íntimos y recónditos de aquel.

Estamos completamente de acuerdo con PIULACHS cuando dice que la enfermedad provoca en el paciente una conmoción que le afecta integralmente: «*repercute en su unidad psicósomática y también en su espíritu como persona, desencadenando reacciones psíquicas y espirituales de calidad e intensidad dispares.*»

Muchos de los modernos métodos auxiliares de diagnóstico son ciertamente muy valiosos, pero no han relegado a segundo término la anamnesis y la exploración clínica del paciente, como sustentan algunos. *Es absurdo creer que la mayoría de problemas que nos plantea el hombre enfermo se puedan solucionar con radiografías, sondeos, fibroscopias, gammagrafías, etc., prescindiendo de lo más noble de que dispone el médico: sus sentidos.*

Cada día nos sorprende más el gran número de médicos, no ya recién salidos de las aulas universitarias, sino con bastantes años de ejercicio profesional, que no saben interrogar ni explorar físicamente a los enfermos.

De una historia clínica bien hecha y correctamente interpretada se derivan la orientación diagnóstica y también las bases sobre las que ulteriormente se asentará el tratamiento. Lo que ocurre es que resulta más fácil encargar un análisis de orina o de sangre, practicar una fibrogastroscoopia o unas radiografías, etc., que interrogar adecuadamente, saber palpar el hígado o el bazo, efectuar un tacto rectal o vaginal, etc.

JIMÉNEZ DÍAZ, en 1954, en su libro *El médico explorando a su enfermo*, afirmó con razón: «*A hacer o interpretar radiografías u otros documentos se puede aprender siempre, pero la exploración clínica se incorpora pronto al espíritu del médico o ya no se incorpora nunca; el vicio de actitud es prácticamente incorregible; de ello tengo buena experiencia.*»

El enfermo es un ser humano al que hay que atender y respetar debidamente, y no un animal de experimentación. GALLART-MONÉS enseñó a diario con el ejemplo que la *anamnesis ofrece las mayores posibilidades para orientar el diagnóstico y que mientras el enfermo sea un ser dotado de cuerpo y alma, ningún método exploratorio complementario podrá sustituir el diálogo con el enfermo, por ser fundamental para comprenderlo y tratarlo adecuadamente.*

No basta que el médico diagnostique correctamente la enfermedad del paciente, sino que es imprescindible que sepa comprender al que la sufre, con los problemas que le plantea, para ayudar a resolverlos.

El médico debe escuchar con atención al enfermo, sin pretender restar importancia a nada de lo que éste refiera, sobre todo a aquello que para él es lo más importante.

El papa Pío XII dijo a los médicos: «*Lo que el enfermo espera de vosotros no es sólo competencia profesional, sino una entera comprensión del hombre y de las condiciones espirituales de su vida.*»

La medicina actual obliga al médico a ocuparse en problemas que hace 35 años casi no eran tenidos en cuenta. Aproximadamente el 60 % de pacientes que acuden hoy a nuestra consulta privada de Digestología, antes no se atrevían a exponer sus problemas psíquicos, por considerar que eran triviales y, además, sin relación con los trastornos somáticos que padecían.

El médico general y el especialista no podrán jamás perder de vista la idea cada día más cierta de la unidad psíquica y somática del hombre. De aquí que el digestólogo deba tener una visión integral del hombre en su función individual y social. No sólo estudiará al hombre como unidad enferma, sino que está obligado a proyectar sus conocimientos sobre tal hombre considerado en sus relaciones sociales, laborales, profesionales, familiares y ambientales, para intuir hasta qué punto la afección, repercutiendo sobre su vida y sus relaciones, ha alterado su psiquismo.

La mayoría de digestólogos y la casi totalidad de internistas tienen un concepto nebuloso de la Psicoterapia,

de sus indicaciones y de sus técnicas.

¿La Psicoterapia la practican sólo los psicoterapeutas?, o ¿el digestólogo y el internista también la practican, aunque con frecuencia lo ignoren?

En la literatura médica hay muchas definiciones de lo que se debe entender por Psicoterapia. En nuestra opinión quizá la mejor es la de Honorio DELGADO: «Toda influencia beneficiosa ejercida por el médico sobre el paciente, fundada en el ascendiente, el saber y la experiencia profesional, sea sólo con la voluntad de asistencia, sea recurriendo a determinados métodos de tratamiento puramente psicológicos, o a la combinación de éstos con agentes químicos o físicos». Por tanto, si nos atenemos a esa definición no cabe la menor duda de que el digestólogo, el internista o cualquier médico pueden y deben practicar Psicoterapia.

Algunos psiquiatras sustentan la opinión, que compartimos, de que sólo un reducido número de pacientes psicósomáticos necesitan ser tratados por ellos.

Todos los psicoterapeutas concuerdan en que con frecuencia la *mala* actuación psicológica del médico práctico es susceptible de provocar las denominadas neurosis iatrógenas, con lo que estamos de acuerdo. En cambio, no cabe negar la influencia beneficiosa y el nombre de Psicoterapia a la *buena* actuación de ese mismo médico práctico.

Si bien tenemos el convencimiento

de que muchas veces el digestólogo o el internista efectúan auténtica Psicoterapia, también lo tenemos de que ésta no es toda la Psicoterapia. Para entendernos se puede hablar esquemáticamente de Psicoterapia *menor*, que es la que practican el digestólogo o el internista, y de Psicoterapia *mayor*, que es la que efectúa el psicoterapeuta.

La Psicoterapia *menor* no es algo vago, difuso o intuitivo, acompañado de simpatía por el paciente y de desconocimiento casi total de su personalidad. La Psicoterapia más elemental tiene su técnica, su aprendizaje y sus indicaciones. Según ROF CARBALLLO: «Las técnicas psicoterápicas no constituyen saber oculto, sino que se desprenden de su aprendizaje, y cuando se tienen los sentidos y el espíritu abiertos, los pacientes son los primeros que las proporcionan.»

En la práctica no hay límites precisos entre las Psicoterapias menor y mayor. Todos conocemos casos en que el digestólogo, el internista o el médico de cabecera, éste por desgracia en trance de desaparecer, han solucionado conflictos psíquicos graves, ante los cuales había fracasado el psicoterapeuta aparentemente mejor preparado. También abundan los casos en que psicoterapeutas de reconocida solvencia científica se deben conformar con una Psicoterapia menor o de apoyo.

Si aceptamos que el digestólogo y todos los médicos pueden y deben practicar Psicoterapia, es lógico que exijamos para ellos cierta preparación.

La formación de psicoanalistas es larga y costosa, y su falta debe ser suplida, salvo en casos que son de la exclusiva incumbencia de aquéllos, por digestólogos, cardiólogos, dermatólogos, ginecólogos, etc., y por el médico general, puesto que a éstos acuden la mayoría de enfermos que presentan problemas psicosomáticos.

La Psicoterapia que practica cualquier médico no psicoanalista no es siempre una Psicoterapia breve, ya que a veces puede durar meses o años.

Es fundamental que el médico que pretenda hacer Psicoterapia sepa escuchar al paciente. Desgraciadamente todavía muchos médicos ignoran el valor y los buenos resultados que se pueden obtener oyendo con calma al enfermo. Verbalizar las preocupaciones proporciona alivio, y el simple hecho de que el médico muestre interés y no tenga prisa puede mejorar considerablemente a muchos pacientes que jamás han sido comprendidos por sus familiares o por los médicos que les atendieron con anterioridad.

En principio el médico debe aceptar el valor que el enfermo da a los síntomas, tanto físicos como psíquicos, que presenta. Cuando el paciente acude al especialista con una afección orgánica leve, pero con gran componente psíquico, y el médico no le da importancia, el enfermo se siente rechazado y desencadena una serie de vivencias (desamparo, ansiedad, agresividad, etc.) muy relacionadas con las de su época infantil. Esto ocurre porque el médico no comprende la angustia y las preocupaciones del paciente,

en general por menospreciar sus propios problemas personales.

Comprender totalmente al paciente es de gran importancia en cualquier especialidad, y fundamental en Digestología. Por desgracia todavía muchos especialistas tienen sólo en cuenta el aspecto somático del paciente e ignoran por completo su psiquismo.

La mayoría de enfermos psicosomáticos no aceptan el componente psíquico de su afección, y el mejor ejemplo de ello lo tenemos en las consultas de Pediatría, donde con frecuencia la madre emplea al hijo para expresar sus propios problemas. Suelen ser madres de niños asmáticos, eczematosos, inapetentes, etc., y el pediatra se deja «seducir» por la madre y trata al niño, cuando la que debería ser tratada es aquélla.

VALDIVIELSO ha estudiado lo que ocurre en las "salas de espera" de los hospitales y del S.O.E., de Madrid, donde fue tomado por visitador médico, por enfermo o por familiar de algún paciente. Las reacciones que pudo observar en los enfermos que esperaban turno para ser reconocidos las dividió en individuales y colectivas, aunque en la práctica están casi siempre imbricadas y son imposibles de separar. Tanto unas como otras son desencadenadas por diversos factores, y de éstos, para VALDIVIELSO, el de mayor influencia negativa es la falta de puntualidad del médico.

Las *reacciones individuales* son apenas perceptibles y sobrevienen cuando hay dificultades de comunicación o el enfermo está solo. Se revelan por ademanes, paseos, movimientos de cabeza que expresan angustia, intranquilidad, agresión, tristeza, etc. La impresión de VALDIVIELSO es que tales pacientes reviven situaciones muy antiguas, con deseos de ser más queridos. Las *reacciones colectivas* son las más frecuentes: cuando el médico es considerado bondadoso y competente la "sala de espera" venera, idealiza y se somete gustosa a las prescripciones y a los consejos de aquel, pero cuando el médico no es bien considerado, por

los motivos que fuere, el grupo formado por los pacientes que guardan turno puede reaccionar con "apareamiento" (cuando los factores negativos no son demasiado intensos o la cultura del grupo es mediana o elevada) o con agresión y fuga (si los factores negativos son muy intensos o la cultura del grupo es baja). Como es lógico, tales reacciones surgidas de la "sala de espera" no favorecen la relación médico-enfermo y dificultan o imposibilitan cualquier ulterior acción psicoterapéutica.

En la práctica el médico se encuentra a diario con el problema siguiente: cuando reconoce un enfermo que requiere Psicoterapia y por los motivos que fuere ese médico no la puede efectuar personalmente, ¿a quién debe remitir al paciente? Esto que parece una perogrullada no lo es, ya que el porvenir del enfermo como persona será muy dispar según acuda a un psicoanalista ortodoxo, a un adleriano, a uno que practique la hipnosis, etc.

Creemos que en Psicoterapia más que el método en sí, importa la personalidad del psicoterapeuta y el momento psicobiológico del paciente al que se aplica.

El digestólogo y el internista jamás se dejarán seducir por la aparente brillantez teórica y expositiva de determinados psicoterapeutas, ni les remitirán sus pacientes por este solo motivo. El médico tiene el ineludible deber de comprobar personalmente la madurez, el grado de honestidad y la integridad personal y profesional del psicoterapeuta, que constituyen la única garantía de su labor beneficiosa para nuestro enfermo.

El digestólogo y el internista se encuentran en la práctica ante verdaderos intrusos en Psicoterapia, sin título universitario alguno, a los cuales de-

ben saber distinguir de los auténticos psicoterapeutas.

No debemos olvidar que la Psicoterapia fue creada por médicos completos, con sólida formación biológica. Los psicólogos clínicos, si no son médicos, sólo pueden hacer Psicoterapia en colaboración y bajo control de éstos.

En nuestro país la formación del psicoterapeuta es difícil y se propende al autodidactismo, por falta de escuelas y del reconocimiento oficial de la Psicoterapia como especialidad.

En el proceso de relación interhumana que es la Psicoterapia cabe tener en cuenta: *a)* al enfermo, *b)* al terapeuta, *c)* a los factores de situación y de tiempo y *d)* al método terapéutico.

El enfermo y el terapeuta son el núcleo de la Psicoterapia, y el objetivo de ésta es la curación del paciente. La Psicoterapia es nada más y nada menos que una relación esencialmente humana, que exige ciertos requisitos por parte del enfermo y por parte del médico: el paciente debe tener principalmente fe en el médico, y éste competencia profesional y comprensión humana.

Mucho se ha escrito sobre cuáles deben ser las cualidades del médico psicoterapeuta y en ese sentido son de recalcar los esfuerzos de nuestro compatriota MIRA Y LÓPEZ. En principio, debe estar dotado de equilibrio psíquico y de cualidades afectivas, para no desviar la relación médico-enfermo a través de sus propios problemas.

¿Cómo se consiguen tales equilibrio y madurez? Mientras los psicoanalistas ordoxos se exigen a sí mismos el análisis didáctico, otros psicoterapeutas no lo juzgan imprescindible, y nosotros tampoco. Lo que precisa es la maduración de la personalidad del psicoterapeuta, que a veces se adquiere sin otras enseñanzas que la de las grandes adversidades que la vida tiene reservadas a la mayoría de los humanos, sin excluir a los médicos.

El psicoterapeuta que quiera aplicar una técnica analítica profunda, de modificación de la personalidad, debe conocer en sí mismo los fenómenos que va a encontrar. En cambio, el digestólogo o el internista que aspiran únicamente a aplicar una técnica de apoyo o de reeducación no precisan, a mi entender, del análisis didáctico. Es posible que muchos psiquiatras no estén de acuerdo con esta manera de pensar.

¿Qué características debe reunir el psicoterapeuta o cualquier digestólogo o internista que pretendan hacer Psicoterapia? De acuerdo con WOLBERG las siguientes: a) sensibilidad, b) objetividad, c) flexibilidad, d) empatía y e) carencia de problemas emocionales, por lo menos importantes.

Por la *sensibilidad*, el médico debe comprender la problemática de la vida cotidiana y percatarse de las modificaciones que se van produciendo en el enfermo, que, además de verbalmente, pueden ser expresadas en forma de reacciones afectivas, de conducta, etc.

La *objetividad* es imprescindible en

el médico para evitar reacciones desproporcionadas frente a la conducta provocativa, contradictoria y, a veces, irracional que puede manifestar el paciente.

La *flexibilidad* es necesaria, pues si se aplica sistemáticamente una técnica, lo más probable es que salga perjudicado el paciente. Acaso no sea errónea mi sensación de que los médicos menos flexibles son los psicoterapeutas, que en general se aferran exclusivamente a determinada doctrina.

La *empatía*, o grado de sintonía afectiva con las demás personas y su ambiente, difiere mucho de la simpatía fingida o del deseo de hiperproteger al paciente. En la empatía, la afectividad del médico debe vibrar al unísono con la del enfermo, prescindiendo ambos de su problemática ante la vida.

La Psicoterapia que practican el digestólogo y el internista se debe basar en el *primum nil nocere*, ya que la enfermedad iatrógena que aquélla puede provocar conduce en la mayoría de casos a la neurosis, pero también es susceptible de desencadenar una psicosis latente, etc., y en algún caso puede conducir a la muerte (por ejemplo, en el tratamiento con electrochoques).

El psicoterapeuta o el médico que practica Psicoterapia han de tener muy presentes los deberes siguientes:

a) El paciente se debe desahogar, hablar, aunque con frecuencia le cuesta separar lo importante de lo superfluo. Como ya se ha recalcado, el solo

hecho de verbalizar sus preocupaciones proporciona alivio al enfermo.

b) Se practicará un buen examen clínico, sin prisas, y hay que recurrir a los métodos complementarios de diagnóstico necesarios, no a los superfluos, para que al médico no le pase inadvertida cualquier afección orgánica.

c) El médico se abstendrá de llamar simplemente «neurosis» a la falta de lesiones orgánicas, pues para el paciente puede ser tan terrorífico el diagnóstico de neurosis cardíaca como el de infarto de miocardio.

d) El médico jamás debe decir al paciente que no tiene nada, que sufre de los «nervios», que todo es aprensión o pura imaginación. Hay que evitar que el enfermo se sienta incomprendido y empiece a peregrinar de uno a otro médico.

Según nuestra experiencia, la Psicoterapia por sí sola casi nunca soluciona los problemas que plantean los pacientes que acuden a la consulta del digestólogo.

Aunque los psicoanalistas ortodoxos afirman categóricamente que el único tratamiento que se debe aplicar es la Psicoterapia, opinamos y la clínica lo demuestra a diario, que precisa recurrir casi siempre a los psicofármacos. De estar en lo cierto, como creo, cabe recalcar una vez más que en las afecciones somáticas con repercusión psíquica es un error imperdonable que se comete con frecuencia, olvidar el tratamiento dietético-medicamentoso básico para efectuar sólo el psicológico.

Y ahora permitidme unas breves consideraciones sobre *Psicoterapia y Seguro Obligatorio de Enfermedad*.

En general, el enfermo está más o menos angustiado por la afección que padece y siente la necesidad de recurrir al médico. Por tanto, aquel se coloca frente a éste en situación de dependencia, que puede ser de confianza o de desconfianza. Una actitud de confianza era la que ordinariamente existía en nuestro país antes de la implantación del S.O.E., cuando la Medicina y sus especialidades constituían una profesión liberal para la inmensa mayoría de los médicos. El paciente acudía, por ejemplo, al digestólogo que le había recomendado el médico de cabecera, que era persona de su confianza, y, en general, de toda la familia. Otras veces iba espontáneamente al especialista por haber tratado éste con éxito a algún familiar o amigo.

¿Qué ocurre en el S.O.E.? Casi siempre, según nuestra experiencia personal, todo lo contrario. El paciente propende a exagerar la sintomatología porque tiene la impresión, con frecuencia justificada, de que el médico se lo va a sacar de delante lo más rápidamente posible, por disponer de poco tiempo a causa de haber muchos enfermos que guardan turno. Por otra parte, el paciente se ha vuelto exigente, y con frecuencia pide con brusquedad que se le recete éste o aquél fármaco.

Por todo lo dicho el médico suele adoptar, en general sin advertirlo, una actitud que dificulta la relación médico-enfermo, de tan importantes pro-

piedades terapéuticas por sí misma, sobre las que sería ocioso insistir.

El enfermo que acude al S.O.E. suele sentirse despersonalizado, fragmentado y anulado por el cúmulo de exploraciones que se le practican y el número de técnicos que lo van examinando sin saber nada o muy poco de su personalidad. Al final el paciente se ha convertido en un fárrago de dictámenes que hay que clasificar.

Casi siempre el enfermo desea la relación con el médico, pero ésta casi nunca es factible tal como está concebido el S.O.E. en las grandes ciudades de nuestro país. El médico está sometido a múltiples presiones o coacciones desde arriba y desde abajo, y se convierte en el intermediario entre el paciente, que acude a él porque es el médico que le «toca», y una burocracia sobre la cual no nos incumbe opinar.

Si el paciente padece una afección orgánica determinada, reviste menor importancia lo antedicho, pero los enfermos psicósomáticos que, guste o no, constituyen la mayor parte de nuestra clientela, precisan del diálogo con el médico. Dado que este diálogo falta, los síntomas del enfermo persisten y se eternizan, o desaparecen unos para sobrevenir otros, pero el paciente no se cura.

A nuestro modo de ver, lo más grave es que la mayoría de médicos ven en el S.O.E. una fuente de ingresos

básica o complementaria, pero ordinariamente no acuden a él para cumplir una finalidad.

El S.O.E. ha sido estructurado por técnicos diversamente capacitados, pero sin contar con los médicos, lo cual nos parece una monstruosidad. Lo mismo cabe decir de la mayoría de directores de los hospitales de nuestro país, que, aun en el caso de ser médicos, están al servicio de una entidad financiera más o menos poderosa o de alguna orden religiosa.

Veamos lo que decía hace más de cien años, en 1873, el eminente enciclopedista y miembro numerario de esta Real Academia de Medicina GINÉ y PARTAGÁS*, referente a la Muy Ilustre Administración del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona, porque sus palabras continúan siendo de actualidad: "Ni la distinguida condición de canónigo, ni el no menos respetable carácter de concejal que tienen, respectivamente, los miembros de la Administración del Hospital de la Santa Cruz suponen la instrucción médica que para este cargo se requiere. Y no se diga que la Administración tiene a su disposición un ilustrado Cuerpo facultativo de quien asesorarse, pues aparte que la experiencia enseña que esta disociación entre el consejo y la acción, entre lo ejecutivo y lo consultivo, es poco productiva, siempre acontecerá que los médicos se tendrán que someter —mal de su agrado— al régimen general de la Casa, establecido *a priori* y por reglamentos que no se avienen bien con el progreso de la ciencia".

La acción psicológica del médico ha existido desde tiempo inmemorial y continuará existiendo siempre a pesar de las computadoras y de todos los adelantos científicos, aunque el médico no la quiera y tanto si éste se propone hacer Psicoterapia como si no,

* GINÉ Y PARTAGÁS fue antropólogo, anatómico, fisiólogo, catedrático de Patología Quirúrgica, frenopatólogo, director del manicomio de Nueva Belén y autor de un Tratado de Frenopatología, dermatólogo y autor de un Tratado de Dermatología, sifilógrafo y autor de un Tratado de Sifilografía, higienista y autor de un Tratado de Higiene Rural, otro de Higiene Pública y otro de Higiene Privada, historiador y propugnador de la reforma tan necesaria de la enseñanza médica.

porque el médico, sépalo o no, por el solo hecho de serlo, actúa simultáneamente sobre el cuerpo y sobre el alma de los pacientes. El mismo tratamiento aplicado en condiciones psicológicas favorables produce un resultado, y en condiciones psicológicas desfavorables, otro resultado completamente distinto.

Antes de terminar, deseo recalcar que para mí la mayor aportación de la Psicología a la Medicina es su influencia humanística. Aquella tiene el mérito considerable de haber sabido mantener al hombre enfermo en el centro de sus preocupaciones, en lugar de dar importancia desmesurada a las enzimas, a los electrolitos, a los principios inmediatos y, en general, a los métodos complementarios de exploración, como hacen en la actualidad la Medicina interna y, por desgracia, algunas escuelas de Digestología.

Por ahora, gracias a Dios, la Psicología y la Psiquiatría se han sabido librar de la automatización y de las «máquinas» que están devorando la Medicina interna.

Si la Medicina sigue por los derroteros actuales, el paciente se verá reducido a unos cuantos datos elaborados por una «máquina» o empujado como una ficha del tablero de ajedrez de la ciencia. *Esta deshumanización de la Medicina se percibe en todo el mundo.*

René A. GUTMANN, uno de los mejores digestólogos de Europa, como protesta contra esta nueva Medicina publicó en 1956 un libro excelente sobre *El diagnóstico del cáncer de estó-*

magó en período útil, título al que seguía la advertencia: «Este libro no contiene estadísticas». Y BUSCHER, refiriéndose a la deshumanización de la Medicina actual, pudo exclamar: «Jamás desde la invasión de los bárbaros el peligro ha sido tan grande».

El médico que no esté preparado para comprender la Medicina de la totalidad no puede proporcionar consuelo, comprensión, calor humano ni amor al paciente. Salvo casos verdaderamente excepcionales, es sólo médico por el diploma, pero en la práctica profesional no es más que un pedante impermeable que, con ignorancia supina, receta, pluma en ristre, la última especialidad farmacéutica que ha salido al mercado, con frecuencia sin conocer las propiedades farmacológicas de la misma ni la patología iatrógena que es susceptible de provocar.

Estamos convencidos que tanto este artesano del curar como los técnicos exclusivistas desaparecerán por invariables, como desaparecieron por igual motivo los grandes animales prehistóricos.

La Escuela de Patología Digestiva Gallart-Monés, cuyo fundador fue un médico psicosomático 100 %, como saben muchos de los que me escuchan, tiene la ineludible obligación, a través de sus leales continuadores, colaboradores y discípulos, de contribuir con todos sus medios a la formación psicosomática de cualquier médico, y con mucho mayor motivo si se dedica a la Digestología.

He dicho.